

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LA COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y
ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Alumno: Felipe Díaz Maciá

Tutor: José Ramón Martínez Riera

Curso académico 2019/2020

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	7
METODOLOGÍA	7
Tipo de diseño	7
Estrategia de búsqueda	7
Palabras clave	7
Criterios de inclusión	7
Criterios de exclusión	8
Selección de artículos	8
RESULTADOS	9
Perspectiva de los pacientes	9
Perspectiva de los profesionales sanitarios	11
Perspectiva organizativa y coordinativa	12
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIÓN	17
AGRADECIMIENTOS	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXO 1	20

RESUMEN

Introducción. Las enfermeras de Atención Primaria y Hospitalaria forman parte de un equipo cuyo objetivo común es asistir a la población y cubrir sus necesidades de salud mediante la continuidad de cuidados. Se requerirá de un entendimiento, comunicación e intercambios de información eficaces entre ambos niveles asistenciales para poder conseguir dicho objetivo y conocer los roles, expectativas y funciones de las enfermeras de cada servicio. **Objetivo.** Identificar si existen evidencias sobre la importancia y los métodos empleados para la comunicación y transmisión de información entre niveles. **Metodología.** Revisión bibliográfica de bases de datos Pubmed, Scopus y Dialnet desde 2010 hasta marzo 2020. **Resultados** Se detectaron elementos de discontinuidad que han de ser objeto de estudio. Tanto pacientes como profesionales refirieron una pobre coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE). Existen métodos de atención integrada y compartida que podrían mejorar esta coordinación y comunicación entre niveles. **Discusión.** Todos los métodos de atención integrada y continuada se basan en una comunicación eficaz y una actitud comunicativa y colaborativa de los profesionales implicados. **Conclusión** Enfermería tiene un papel fundamental en la continuidad de cuidados. Han de mejorarse los circuitos de atención y derivación entre niveles, así como implantar las nuevas tecnologías de comunicación. La comunicación entre AP y AE sigue siendo pobre, y se necesitan futuras investigaciones que impliquen a todos los profesionales de la salud relacionados con el cuidado y que consigan mejorar la asistencia sanitaria y ofrecer una atención integrada y continuada.

ABSTRACT

Introduction. Primary and Hospital Care nurses are part of a team whose common objective is to assist the population and cover their health needs through continuity of care. Effective understanding, communication and information exchange between both levels of care will be required to achieve this objective and to know the roles, expectations and functions of the nurses in each service. **Objective.** To identify whether there is evidence of the importance and methods used for communication and transmission of information between levels. **Methodology.** Bibliographic review of Pubmed, Scopus and Dialnet databases from 2010 to March 2020. **Results** Elements of discontinuity were detected that need to be studied. Both patients and professionals reported poor coordination between primary care (PC) and specialized care (SC). There are methods of integrated and shared care that could improve this coordination and communication between levels. **Discussion.** All methods of integrated and continuous care are based on effective communication and a communicative and collaborative attitude of the professionals involved. **Conclusion** Nursing has a fundamental role in the continuity of care. Circuits of care and referral between levels must be improved, and new communication technologies must be implemented. Communication between PC and SC is still poor, and future research is needed that involves all health professionals related to care and that succeeds in improving health assistance and offering integrated and continuous care.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, los sistemas sanitarios están centrados en la obtención de una mayor eficiencia de cuidados y una mejora de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, bajo la constante presión asistencial y económica a la que están sometidos. Además, también se ha de tener en cuenta el cambio producido en el contexto sociosanitario, generado por el aumento de enfermedades crónicas y el consiguiente aumento del envejecimiento poblacional y de la dependencia de los pacientes.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha evolucionado a su vez para poder responder a las crecientes y nuevas necesidades de la salud de la población. La Ley General de Sanidad de 1986 dividió la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí, que nacieron con el objetivo de enfrentar las necesidades de salud cada vez más complejas y numerosas de la población actual. Estos niveles asistenciales son la Atención Primaria (AP) y la Atención Hospitalaria (AH). La atención primaria de salud engloba la asistencia sanitaria prestada por una serie de profesionales (médicos de atención primaria, pediatras, personal de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas, odontólogos y, en ocasiones psicólogos), que trabajan fuera del ámbito hospitalario, en el primer nivel de atención del usuario. Este nivel asistencial tiene como objetivos generales la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Por otro lado, la atención hospitalaria (AH) agrupa los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y los mayores recursos tecnológicos y está establecida como ayuda, apoyo y complemento de la AP en todos los procesos cuya complejidad lo requiera (1).

Independientemente del nivel en el que se atienda al paciente, éste debe ser el eje central del cuidado y planificación sanitaria, que se enfocarán hacia el desarrollo y prestación de una atención integral, es decir, una atención sanitaria cuyo objetivo es satisfacer y cubrir todas y cada una de las necesidades de la persona. No se ha de tratar únicamente la enfermedad, sino también proporcionar calidad de vida, bienestar y acompañamiento a la persona y su familia en cualquier proceso de su vida y de su enfermedad e incluso en el momento de su muerte. Es en este tipo de necesidades donde la enfermera adquiere más protagonismo, siendo la principal responsable de proporcionar y asegurar una continuidad de los cuidados a lo largo de la vida del paciente y su familia.

La recién mencionada continuidad de cuidados, a pesar de ser imprescindible en todos los procesos de atención al paciente, es una necesidad que es más notable cuando los pacientes son movilizados o derivados entre los distintos niveles asistenciales. Por este

motivo, proporcionarla y mantenerla es uno de los principales objetivos de los servicios de salud y, en particular, de las enfermeras (2).

La falta de coordinación entre ambos niveles asistenciales provoca un claro perjuicio para el paciente, ya que, contribuye entre otras repercusiones a la generación de errores de medicación, discordancias en el tratamiento, pérdida y omisión de información importante y, además, a un importante impacto en el gasto sanitario (3).

Esta asistencia basada en la colaboración y la coordinación entre niveles, que asegure la continuidad de cuidados, tiene como base fundamental el trabajo en equipo que, a pesar de las barreras y dificultades, las enfermeras de los distintos niveles asistenciales deben practicar. Dicho de otro modo, se ha de trabajar en equipo para poder conseguir la continuidad, la coordinación y la asistencia integral.

Según la evidencia, el trabajo en equipo proporciona mayor productividad, adaptabilidad y creatividad que el individual. Además, fomenta la satisfacción en el trabajo, el reconocimiento a la contribución personal y la motivación para los profesionales; para los pacientes, supone un aumento de la calidad asistencial y, por ende, de la satisfacción con la atención recibida. Los autores definen el trabajo en equipo como “un proceso dinámico en el que participan profesionales sanitarios que comparten objetivos comunes y trabajan para valorar, planificar y evaluar el cuidado de los pacientes. Esto se consigue a través de una colaboración interdependiente, comunicación abierta y toma de decisiones compartida.” (4)

Partiendo de este análisis, concluimos que las enfermeras de Atención Primaria y Hospitalaria forman parte de un equipo cuyo objetivo común es asistir a la población y cubrir sus necesidades de salud mediante la continuidad de cuidados. Se requerirá de un entendimiento, comunicación e intercambios de información eficaces entre ambos niveles asistenciales para poder conseguir dicho objetivo y conocer los roles, expectativas y funciones de las enfermeras de cada servicio (4).

La comunicación entre profesional-paciente, en términos generales, es un apartado imprescindible para asegurar un adecuado cuidado de los pacientes. Además, la comunicación entre AP y AH es necesaria e indispensable para garantizar la continuidad asistencial y, por ende, la atención integral. La comunicación es la piedra angular de la continuidad de cuidados, manteniendo conectados a los diferentes miembros del equipo de salud en ambos niveles asistenciales (5).

De todo lo mencionado se concluye que la comunicación y la transmisión de información relevante entre profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales son

elementos fundamentales tanto para el trabajo en equipo como para conseguir la continuidad de los cuidados. Sabiendo que esta continuidad y la asistencia integral son el objetivo final de toda atención enfermera, es esencial que el sistema de salud sea coordinado adecuadamente, y que los profesionales sanitarios que lo conforman se comuniquen de manera eficaz sin importar el nivel asistencial en el que proporcionen el cuidado.

OBJETIVO

Identificar si existen evidencias sobre la importancia y los métodos empleados para la comunicación y transmisión de información entre niveles y su relación con la continuidad de cuidados desde la perspectiva de las enfermeras.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica de la literatura científica, basada en la recolección y análisis exhaustivo del mayor número de artículos relacionados con la comunicación o intercambio de información entre atención primaria y atención secundaria o especializada.

Estrategia de búsqueda

El intervalo de tiempo tomado como referencia en la búsqueda bibliográfica ha sido desde enero del 2010 hasta marzo de 2020. Las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, Scopus y Dialnet. Para la estrategia de búsqueda se han transformado algunas de las palabras clave a los descriptores del tesoro DeCS (Descriptores en ciencias de la salud). Los descriptores que han sido utilizados son atención primaria de salud (en inglés, primary health care), atención hospitalaria (secondary care) y continuidad de cuidados (continuity of patient care). Estos descriptores se han combinado con las restantes palabras clave y sinónimos en lenguaje natural (en título y resumen) a través de los operadores booleanos AND y OR, para realizar una búsqueda más exhaustiva.

Palabras clave

En español: Atención primaria de salud, atención hospitalaria, continuidad de cuidados, comunicación, atención compartida.

En inglés: Primary health care, secondary care, continuity of patient care, communication, shared care.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión aplicados fueron artículos originales y revisiones bibliográficas escritas en inglés, español, portugués o francés. Estos debían haber sido

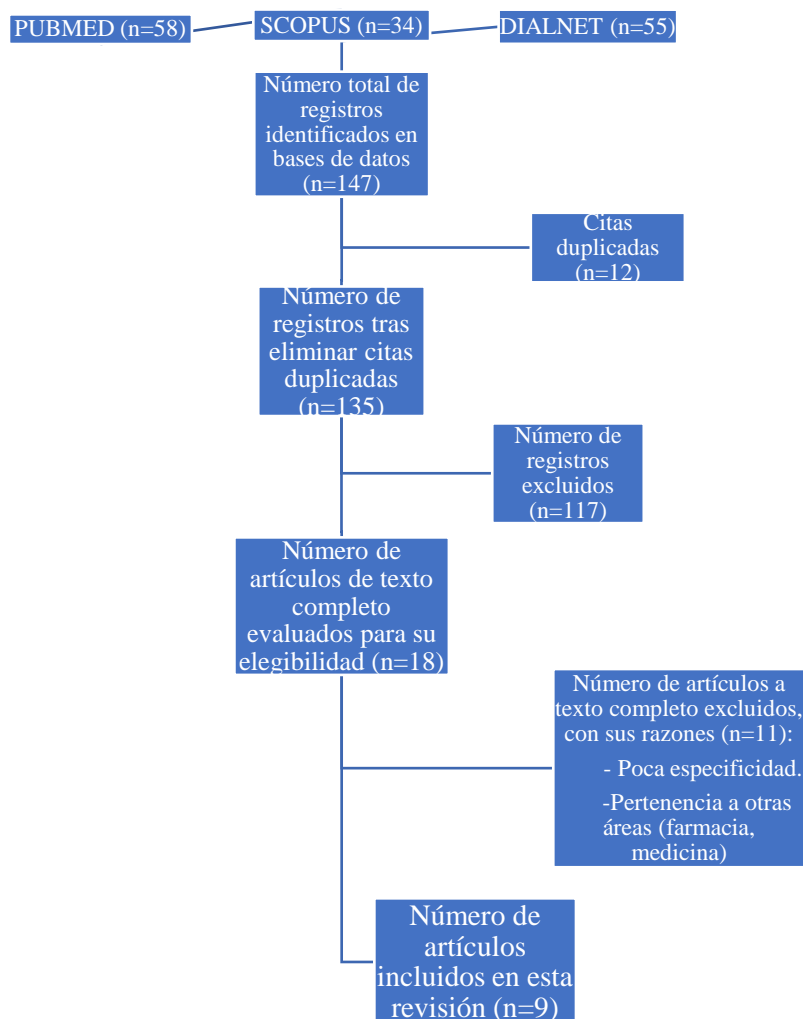
publicados entre enero del 2010 y marzo del 2020. Los artículos debían ser a texto completo y estar relacionados con la comunicación e interacción entre la atención primaria y la especializada, así como la continuidad de cuidados entre ambos niveles asistenciales.

Criterios de exclusión

Los artículos excluidos fueron aquellos publicados fuera del intervalo de tiempo acotado, que no fuesen a texto completo o bien no estuviesen en alguno de los idiomas antes mencionados. Además, aquellos que no trataban sobre la comunicación, interacción o coordinación entre ambos niveles asistenciales o que estaban relacionados con solo uno de los dos niveles también fueron excluidos.

Selección de artículos

La selección de estudios que se incluirán en la revisión se representa mediante un diagrama de flujo:



RESULTADOS

La falta de integración de los servicios de salud se considera una de las causas principales de una baja calidad de la atención. La atención fragmentada, o la atención insuficientemente coordinada entre los proveedores, puede ser perjudicial para los pacientes debido a la duplicación de pruebas diagnósticas, la polifarmacia inapropiada y los planes de atención conflictivos. Especialmente los pacientes que sufren de multimorbilidades y condiciones crónicas tienden a recibir atención de varios profesionales de diferentes disciplinas en diversos entornos e instituciones, por lo que satisfacer sus necesidades de atención de salud a través de una atención sin fisuras durante largos períodos de tiempo es particularmente difícil.

El concepto de continuidad de los cuidados ha ido recibiendo cada vez más atención en los últimos años, en consonancia con la publicación de varios metaanálisis que tienen por objeto mejorar el marco conceptual y aclarar términos como coordinación o atención integrada. La continuidad de la atención o continuidad de cuidados se define como un paciente que experimenta la atención a lo largo del tiempo conectada y coherente con sus necesidades de salud y circunstancias personales. (6)

En otras palabras, la continuidad de los cuidados puede entenderse como el resultado de la coordinación de la atención tal como la experimenta un paciente individual. Por este motivo, los resultados de esta revisión comienzan con artículos que analizan la perspectiva de los pacientes, es decir, su forma de experimentar la atención de manera individual; a continuación, otros que analizan la perspectiva de los profesionales y sus opiniones y experiencias acerca de la continuidad de cuidados y la comunicación entre los niveles asistenciales; y por último, aquellos artículos relacionados con la organización asistencial y dirigidos hacia las instituciones sanitarias y los posibles modelos de atención integrada y compartida que favorezcan la comunicación y coordinación de la asistencia sanitaria.

Perspectiva de los pacientes

Como se ha mencionado anteriormente, la perspectiva de los pacientes tiene una importancia vital en la continuidad de cuidados y la consecución de los objetivos de la atención integral. Conocer las experiencias y opiniones de los usuarios de la salud es fundamental para conocer los puntos fuertes y los errores del sistema sanitario, para así poder enfocar las siguientes investigaciones y reformas.

Según *Waibel et al.* (6) en un estudio que analizó las percepciones de los usuarios del sistema de salud catalán, muestra que los pacientes de las tres áreas de estudio en Cataluña

percibían en general que existía una continuidad de la atención en todos los niveles asistenciales. Sin embargo, los pacientes también identificaron algunas interrupciones, como la duplicación innecesaria de pruebas médicas, los largos tiempos de espera para test específicos (resonancia magnética, radiología...) o la falta de uso de la información clínica. Además, también percibieron la recepción de diferentes diagnósticos u opiniones y diferentes recetas farmacológicas entre los distintos niveles.

Todos estos elementos de discontinuidad producen una serie de consecuencias que pueden llegar a ser muy graves y preocupantes para la salud del paciente, como pueden ser la búsqueda de atención privada, sentimientos de soledad y ansiedad o efectos adversos para su enfermedad.

En un estudio realizado por *Flink et al.* (7) que analiza también la perspectiva de los pacientes en su proceso de derivación entre niveles, se afirma que este proceso ha de ser adecuado y regulado para obtener beneficios en su salud. Cuando un paciente es partícipe de su propio cuidado y de sus procesos de derivación y traspaso entre niveles asistenciales, se obtienen considerables resultados positivos en su estado de salud. Un paciente que siente que no se le necesita para la toma de decisiones o que no tiene confianza en sus proveedores de salud, adoptará una actitud pasiva en el traspaso y empeorará dichos resultados.

Hay diversos factores que influyen en la actitud positiva o negativa del paciente durante sus procesos de derivación. El primero de ellos es la propia experiencia y conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y los procesos que conlleva. El segundo, y no menos importante, es la actitud del profesional o profesionales de la salud que estén en contacto con él. Los profesionales de la salud implicados en el proceso de derivación del paciente, tanto de un nivel como otro, han de procurar que éste se sienta integrado en el cuidado y que se establezca una relación de confianza lo suficientemente fuerte como para que el paciente actúe de forma activa, confiando en las decisiones tomadas por parte del equipo sanitario y sienta que no está solo o con falta de recursos.

Se detectaron ciertos casos en los que los pacientes referían una escasa cooperación entre los servicios de emergencia hospitalaria y los centros de atención primaria. Además, los pacientes refirieron que en ocasiones se les preguntaba todo acerca de su enfermedad o proceso agudo, sin preocuparse ni preguntar por ellos mismos o sus sentimientos, impidiendo la formación de la relación de confianza antes mencionada. Todo ello puede causar que el paciente adopte una actitud pasiva en la que esperan a ser llamados o contactados por la atención primaria, pudiendo empeorar así su situación, o bien intentar

hacerse pleno cargo de su salud decidiendo cuándo y cómo avanzar en su proceso, lo cual también puede ser perjudicial.

En definitiva, según concluyen *Waibel et al.* (6) los pacientes vincularon la (des)continuidad con ciertos factores relacionados con el sistema de salud (distribución clara de funciones), las organizaciones de servicios de salud (mecanismos de coordinación de la atención) y los profesionales de la salud (voluntad de colaborar, compromiso con la atención del paciente y la competencia técnica y actitud). Tener en cuenta las percepciones de los usuarios de la salud durante sus procesos de cuidado es muy importante para lograr la prestación de una atención integrada acorde a las necesidades sanitarias reales de los pacientes.

Perspectiva de los profesionales sanitarios

El estudio realizado por *Alonso-Moreno et al.* (8) evalúa la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada a través de un análisis de la percepción de los profesionales sanitarios encargados del cuidado de pacientes con dos patologías crónicas que precisan de una continuidad asistencial imprescindible, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Los autores otorgan un papel importante a las enfermeras en el cuidado de este tipo de enfermedades crónicas, ya que, entre otras funciones, son las encargadas de mantener un seguimiento al paciente y asegurar que el cuidado sea individualizado. Se observa que en atención primaria existe una mayor protocolización de las actividades enfermeras que en la atención especializada, teniendo en la primera planes de cuidados específicos para el paciente y una coordinación más efectiva con el médico de atención primaria.

La existencia de protocolos comunes que incluyan los criterios de derivación y los canales de comunicación disponibles son factores que contribuyen a una buena coordinación entre AP y AE, favoreciendo la obtención de una atención global, individualizada, integrada, continuada y eficaz. Sin embargo, los resultados muestran la ausencia o desconocimiento de la existencia de estos protocolos comunes en el sistema sanitario español, especialmente en la región sur. De hecho, se calcula que el 68,2% de enfermeras y médicos de atención primaria declararon la no existencia de un protocolo de coordinación con AE para la derivación de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Alonso-Moreno et al. (8) aproximan que entre el 4-6% de los pacientes atendidos en atención primaria son derivados a la especializada. Establecer unos criterios comunes de derivación a la atención hospitalaria es fundamental para la continuidad de la asistencia sanitaria, permitiendo optimizar el tratamiento y control de las enfermedades.

Por otro lado, también se afirma que es fundamental el funcionamiento correcto de los canales de comunicación disponibles para conseguir una coordinación correcta entre los profesionales de AP y AE.

Más allá de la utilización de los protocolos comunes y la coordinación efectiva entre los profesionales, *Waibel et al.* (6) especifican ciertos factores relacionados con los profesionales de la salud que afectan a la continuidad y a la calidad de la atención. Identifican la atención primaria como el “*gatekeeper*” de la salud, es decir, la encargada de la organización de la continuidad de cuidados y la puerta de entrada a la asistencia sanitaria de todo individuo.

Además, también se destaca la importancia de la clarificación de la distribución de roles entre los profesionales de distintos niveles. En ocasiones, los profesionales sanitarios de atención primaria provocan un aumento del tiempo de espera, así como el riesgo de empeoramiento de la enfermedad de los pacientes, cuando intentan resolver ellos mismos el proceso, sin tener en cuenta la posible derivación a los servicios especializados. En estos casos, la AP actúa como una barrera hacia la AE, aumentando costes sanitarios y provocando discontinuidades en el cuidado del paciente.

Perspectiva organizativa y coordinativa

Hay, en particular, dos situaciones/procesos en los que la comunicación entre los profesionales del hospital y los profesionales del nivel primario de atención es crítica: Cuando el paciente es transferido de la atención municipal al hospital (admisión o readmisión), y cuando el paciente es transferido del hospital a la enfermería primaria (alta). Un déficit en comunicación cuando los pacientes son transferidos a través de los proveedores de atención de la salud pueden causar una atención ineficaz a los pacientes(9).

Por este motivo, la mayoría de artículos incluidos en esta revisión se centra en las labores organizativas, coordinativas y, sobre todo, comunicativas de los sistemas de salud para poder analizar su funcionamiento y encontrar los principales puntos de mejora para futuros estudios.

Mitchell et al. (10) realizan una revisión sistemática de diferentes modelos de atención integrada, con el fin de analizar los resultados y beneficios en la salud que estos obtienen, y de qué factores dependen estos resultados.

Una integración efectiva implica la voluntad de compartir información y el apoyo del personal directivo y administrativo. Se consideró importante que existiese un alto nivel de confianza así como una mejor comunicación entre los profesionales de atención

primaria y los de especializada, además de un seguimiento compartido apoyado por sistemas electrónicos de comunicación. También se consideró importante una gobernanza compartida que mejorara la capacidad del sistema para una comunicación y colaboración eficaces y se proponen reuniones periódicas de equipos interdisciplinarios que permitan el intercambio de información entre niveles y la atención integrada y compartida.

Los autores detectaron ciertos elementos clave que influirían en un correcto funcionamiento del modelo de atención integrada, como son las guías y protocolos de cuidado compartido, el intercambio de información y el trabajo en equipo multidisciplinario. Además, se destaca la necesidad de entrenamiento y educación a los profesionales, una mejora de la accesibilidad al sistema sanitario y un modo de financiación viable.

Como norma general, los modelos de atención integrada obtuvieron resultados positivos en la salud. A pesar de obtener limitados beneficios clínicos, en lo relativo a los procesos de cuidado y organización obtuvieron mejor respuesta y mayores resultados, mejorando la calidad de atención sanitaria y reduciendo los errores producidos, todo ello a un coste ligeramente más elevado.

Por otro lado, el estudio de *Smith et al.* (11) analiza modelos de atención compartida y su posible utilización en diferentes afecciones o enfermedades crónicas o de larga duración, ya que, son las que más precisan de una continuidad de cuidados y de la atención compartida mencionada.

Como resultado principal, esta revisión sugiere que la atención compartida mejora los resultados de salud obtenidos en el tratamiento de la depresión, en particular aquellos modelos basados en la atención escalonada (“*stepped care*”). A pesar de las limitaciones halladas a la hora de realizar el estudio, se obtuvieron algunos resultados, por lo general positivos, con respecto a la aplicación de la atención compartida en otras enfermedades, aunque ninguno concluyente. Los autores sugieren estos últimos hallazgos como futuro marco de investigación en estudios futuros.

Cualquier tipo de modelo asistencial, ya sea de atención integrada o compartida, o ambos, debe tener en cuenta una parte fundamental del cuidado y la asistencia: la medicación. En un estudio cualitativo realizado por *Foulon et al.* (12) se analizan las opiniones y perspectivas de profesionales y pacientes para hallar los problemas más frecuentes de la continuidad de gestión de medicación durante la transición de los pacientes entre atención primaria y especializada.

Los principales problemas descritos fueron:

- Problemas en la admisión (lista de medicamentos incompleta).
- Problemas en el alta (escasa información compartida entre niveles).
- Problemas entre profesionales sanitarios (opiniones distintas).
- Problemas del paciente y su familia (no entendimiento de la receta).
- Problemas de los procesos del cuidado (sustitución de medicación).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta el momento, podemos observar que, en cualquiera de los resultados obtenidos, de los estudios analizados o de las propuestas realizadas, están presentes la comunicación adecuada y la transmisión de información eficaz. Por ello, los 3 artículos restantes de esta revisión tienen un pleno enfoque hacia la vertiente comunicativa e informativa de los modelos de atención sanitaria.

Tanto el estudio de *La Rocca et al.* (9) como el de *Pannell et al.* (13) analizan los métodos de comunicación entre niveles más eficientes, eficaces y cómodos para los profesionales y beneficiosos para los pacientes. *La Rocca et al.* (9) identifican la Tecnología de Información y Comunicaciones (ICT) como un método de comunicación innovador y que obtiene resultados positivos en la salud. Las tecnologías de comunicación favorecen el cuidado y la coordinación de ambos niveles asistenciales, pero los autores afirman que hay diferencias que no se pueden solucionar con la tecnología. Este estudio documenta cómo las enfermeras de AP tienen una estrategia de cuidado, por lo general, distinta a la de AE. Por lo tanto, el cuidado del paciente puede tomar vías diferentes, lo que impide la continuidad. Para ello, se ha de complementar las ICT con otros métodos informales de comunicación como pueden ser las llamadas de teléfono para conversaciones acerca de algún malentendido o disyuntiva, preguntar información adicional acerca de algún ítem cuya información no sea lo suficientemente extensa, o bien como se menciona también en el estudio de *Pannell et al.* (13), los encuentros físicos entre los profesionales de la salud para aclarar cualquier tipo de situación y mantener el mismo tipo de cuidado. Además, también se considera la opción de visitar al paciente y explicarle la situación para que, transmitiéndonos su opinión y sus preferencias, forme parte activamente de su cuidado.

Adicionalmente a lo mencionado, *Pannell et al.* (13) identifican el uso de la telefonía móvil como el recurso más utilizado a la hora de contactar con otros niveles asistenciales de manera efectiva. Los autores concluyen que hay potencial de mejora en los sistemas de comunicación entre atención primaria y secundaria, lo cual es una prioridad en la mejora del sistema nacional de salud.

Por último, la revisión realizada por *Correa Casado* (14) analiza cuál es el método de comunicación vía escrita entre niveles utilizado en nuestro Sistema Nacional de Salud por parte de enfermería a la hora del alta hospitalaria. Este método es el Informe de Continuidad de Cuidados, un documento elaborado por parte de las enfermeras hospitalarias de manera independiente, donde se recoge información acerca del estado de salud de los pacientes atendidos, utilizando metodología enfermera. Estos cuidados son explicados a la familia y paciente en el momento del alta, y enviados a la enfermera de AP para el posterior seguimiento del paciente y familia en el domicilio.

El Informe de Continuidad de Cuidados constituye, por tanto, la herramienta de comunicación por la que se opta en atención hospitalaria para garantizar la continuidad de cuidados, en el traslado del paciente desde el hospital a su domicilio y seguimiento por atención primaria. Tanto enfermeras hospitalarias como de atención primaria lo consideran importante y le otorgan un buen grado de utilidad.

DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica analiza los métodos empleados para la transmisión de información relevante entre niveles asistenciales, así como la importancia de la existencia de una vía de comunicación efectiva. Se describen los principales hallazgos de estudios enfocados, mayoritariamente, desde 3 perspectivas: la de los pacientes, la de los profesionales y la coordinativa.

Tras analizar las experiencias y opiniones de los usuarios del sistema de salud, con respecto a sus experiencias en la continuidad de los cuidados, se detectaron elementos de discontinuidad que deben ser objeto de estudios futuros. Dichos elementos o factores relacionados tanto con los profesionales sanitarios como con la organización o comunicación entre niveles pueden desencadenar graves consecuencias y ser un obstáculo para la planificación de los cuidados del paciente, así como provocar efectos adversos en su enfermedad o aumentar los costes sanitarios.

Es vital explorar y analizar las experiencias y creencias de los pacientes acerca del sistema de salud al que acceden, así como los principales errores que hayan sufrido, para poder localizar los puntos de mejora para un futuro. La continuidad de cuidados y la atención integrada son elementos clave para un mejor funcionamiento del sistema, y se ha de exprimir o intentar evitar los posibles factores que influyen positiva o negativamente en ellos. La actitud colaborativa y la capacidad de generar confianza de

los profesionales de la salud es muy importante para favorecer el estado activo de los pacientes en su proceso de salud-enfermedad.

En pacientes que sufren multimorbilidades o enfermedades crónicas, que dependen de diversos proveedores de salud y de una continuidad asistencial íntegra, es aún más importante que los niveles asistenciales estén perfectamente coordinados entre sí. Es en este tipo de situaciones en las que la enfermera cobra mucho más protagonismo, ya que, es la encargada, entre otras funciones, de proporcionar un seguimiento y continuidad al paciente. Por lo tanto, es de vital importancia que tanto las actuaciones de enfermería como las posibles derivaciones a los médicos de atención primaria, especialistas o cualquier otro eslabón del proceso de cuidado, estén perfectamente protocolizadas para que, en caso necesario, sean de fácil acceso y correctamente utilizadas. Se ha detectado un bajo nivel e incluso inexistente de protocolización de la derivación a la atención especializada en determinadas patologías como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial.

Todo lo expuesto coincide en que, sea cual sea el nivel asistencial en el que se produzca el cuidado al paciente, se ha de otorgar una atención integrada y compartida en el que todos los proveedores de la salud estén conectados y tengan fácil acceso a la información pertinente en cada caso. Un eficaz y eficiente método de comunicación entre atención primaria y atención especializada es vital para el correcto funcionamiento del sistema de salud.

Se hallaron diversos métodos de comunicación empleados dependiendo de la zona en la que se realizase el estudio, tales como programas informáticos y servicios basados en las tecnologías de la comunicación, o bien el uso de telefonía móvil o métodos más informales y menos frecuentes como los encuentros y asesoramientos físicos entre los profesionales para compartir información y compartir la misma vía de cuidado. Todos los modelos de atención propuestos, basados en la comunicación eficaz y accesible y siguiendo la continuidad de cuidados como factor más importante, obtuvieron claros beneficios en la salud y en la reducción de los costes. Sin embargo, todos ellos dependen en gran medida de la actitud y entrenamiento de los profesionales sanitarios involucrados en todas las fases y niveles de la asistencia sanitaria, ya que, son ellos los que deberían aplicar dichos métodos.

El trabajo en equipo multidisciplinar fue detectado como uno de los principales elementos clave de este tipo de métodos, ya que, como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, trabajar en equipo es la base de una comunicación y coordinación eficaz

que permita una mejora de la calidad asistencial. Se precisa una clara distribución de roles en la que los profesionales, acompañados por una voluntad colaborativa y comunicativa, sepan claramente cuáles son sus funciones y tengan fácil acceso y una vía de comunicación rápida con el resto de proveedores de salud para evitar barreras, largos tiempos de espera y resolver posibles diferencias en cuanto a los diagnósticos, recetas u opiniones.

A pesar de que los resultados obtenidos del análisis de la experiencia de la continuidad de cuidados y de los trasposos y procesos de derivación entre niveles fueron favorables en términos generales, se detectaron elementos de discontinuidad y factores que indicaban una pobre coordinación y comunicación entre niveles asistenciales. Los métodos de comunicación analizados y los elementos y errores hallados deben ser objeto de estudio para futuras revisiones. Se ha de analizar a fondo el sistema de salud y sus métodos coordinativos y de comunicación para encontrar los focos de mejora de la calidad asistencial. En una sociedad en la que la edad poblacional cada vez es mayor, y las enfermedades crónicas crecen y aumenta su protagonismo, es de esencial importancia asegurar una continuidad de cuidados que integre todos los niveles asistenciales y que emplee unos métodos de comunicación eficaces y accesibles.

CONCLUSIÓN

Como respuesta a los objetivos planteados, esta revisión ha analizado los métodos de comunicación y coordinación empleados en la salud y los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el sistema sanitario ha obtenido beneficios en la salud y ha alcanzado un elevado nivel de desarrollo, pero la comunicación entre atención primaria y atención especializada sigue siendo pobre. Se debe establecer como objetivo principal para futuras investigaciones conseguir un excelente grado de coordinación entre los niveles asistenciales, debido a las grandes ventajas que ello conlleva. Han de mejorarse los circuitos de atención y derivación entre niveles, así como implantar las nuevas tecnologías de comunicación. También se ha identificado que las enfermeras cobran un papel muy importante en la consecución de la continuidad asistencial y en la labor comunicativa de la salud.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi familia y amigos más cercanos, con los que he compartido cada uno de los momentos felices y no tan felices de mi vida, y a los

que he dedicado cada uno de mis esfuerzos en estos últimos 4 años. Sin su ánimo y su coraje, no habría podido encontrar energías para avanzar día a día.

También me gustaría agradecer a todos mis compañeros de carrera, especialmente a los de mi generación, ya que nos ha tocado vivir tiempos aciagos en la cima de la montaña que hemos escalado juntos, de la mano. Llegarán tiempos mejores y todo lo que hemos perdido lo recuperaremos con creces.

No me olvido, por supuesto, de todos y cada uno de los profesores que se han dedicado en cuerpo y alma a enseñarnos todo lo que saben y a guiarnos en el camino de enfermería. También a las maravillosas tutoras y tutores clínicos de los que he podido disfrutar y de los que he aprendido tanto; gracias a ellos soy el enfermero que soy y llegaré a ser.

Por último, quiero dar mi más sentido agradecimiento a mi tutor, José Ramón, por apoyarnos a todos de esa manera tan especial, y por estar disponible y dispuesto desde el primer día a ayudarme y guiarme en todo lo que he necesitado.

No habría conseguido ser quien soy ni estar donde estoy de no ser por todas las personas que me rodean, por todos los seres queridos y compañeros que siguen avanzando conmigo, y por todos los que se quedaron en el camino. Este es solo el principio de una maravillosa aventura en la profesión más bonita del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Condón Abanto AI, Delgado Marroquín MT (dir. tes. ., Altisent Trota R (dir. tes. Ética de la coordinación entre niveles asistenciales. Valorar del compromiso profesional y la implicación en la organización sanitaria [Internet]. 2017. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=187965&orden=0&info=link>

2.- Swan BA, Haas S, Jessie AT. Care Coordination: Roles of Registered Nurses Across the Care Continuum. Nurs Econ. 2019;6(37):317–23.

3.- Contreras Balada N, Gibert Agulló A, Linares Muñoz JM, Villacreces P, Casamada Humet N, Sauvalle Soler M. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. Pediatría Atención Primaria. 2015;17(65):e13–20.

4.- Xyrichis A., Ream E. Teamwork: a concept analysis. J Adv Nurs. 2008 Jan;61(2):232–41. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18186914>

5.- Vermund SH, Mallalieu EC, Van Lith LM, Struthers HE. Health Communication and the HIV Continuum of Care. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2017 Jan 1;74 Suppl 1(Suppl 1):S1–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27930605>

- 6.-** Waibel, S., Vargas, I., Aller, M. B., Coderch, J., Farré, J., & Vázquez, M. L. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC health services research*, 16(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8>
- 7.-** Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P., & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care--a qualitative study of patient perspectives. *BMJ quality & safety*, 21 Suppl 1(Suppl_1), i76–i83. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001179>
- 8.-** Alonso-Moreno, F. J., Martell-Claros, N., de la Figuera, M., Escalada, J., Rodríguez, M., & Orera, L. (2016). Professionals' perception of circuits of care for hypertensive or diabetic patients between primary and secondary care. *Endocrinología y nutrición : organo de la Sociedad Espanola de Endocrinologia y Nutricion*, 63(1), 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2015.09.006>
- 9.-** La Rocca, A., Hoholm, T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Serv Res* 17, 149 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2096-4>
- 10.-** Mitchell, G. K., Burridge, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J., & Jackson, C. L. (2015). Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?. *Australian journal of primary health*, 21(4), 391–408. <https://doi.org/10.1071/PY14172>
- 11.-** Smith, S. M., Cousins, G., Clyne, B., Allwright, S., & O'Dowd, T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2) doi:10.1002/14651858.CD004910.pub3
- 12.-** Foulon, V., Wuyts, J., Desplenter, F., Spinewine, A., Lacour, V., Paulus, D., & De Lepeleire, J. (2019). Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: Patients' and professionals' experiences. *Acta Clinica Belgica*, 74(4), 263-271. doi:10.1080/17843286.2018.1483561
- 13.-** Pannell, L. M., & Tyrrell-Price, J. (2017). Communication between primary and secondary care. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 78(8), 464–466. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.8.464>
- 14.-** Correa Casado, M. (2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Revista*

ANEXO 1

Tabla de resultados.			
Título	Revista y Año de publicación	Autores	Principales resultados
<i>Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system.</i>	BMC Health Services Research 2016	Waibel, S., Vargas, I., Aller, M. B., Coderch, J., Farré, J., & Vázquez, M. L.	Solo se informaron unos pocos elementos de discontinuidad, como largos tiempos de espera para pruebas específicas realizadas en la atención secundaria o el uso insuficiente de registros médicos electrónicos por parte de médicos especialistas.
Professionals' Perception of Circuits of Care for Hypertensive or Diabetic Patients Between Primary and Secondary Care	Endocrinología y nutrición: órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. 2016.	Alonso-Moreno, F. J., Martell-Claros, N., de la Figuera, M., Escalada, J., Rodríguez, M., & Orera, L.	El 63,7% de los profesionales de AP y el 79,8% de la AE declararon la falta de un protocolo de coordinación entre los niveles para el manejo del paciente con HTA y DM2. El método de comunicación más frecuentemente usado entre los niveles asistenciales fue la hoja de derivación. Aunque se observaron coincidencias en algunos aspectos de la práctica clínica habitual entre ambos niveles asistenciales, las discrepancias evidenciadas mostraron una escasa coordinación entre AP y AE.
<i>Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: ¿how effective</i>	Australian journal of primary health. 2015	Mitchell, G. K., Burridge, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A.,	En comparación con la atención habitual, la atención primaria-secundaria integrada tiene un efecto limitado sobre los resultados clínicos, pero puede mejorar significativamente las medidas de prestación de servicios a un costo

<i>is it and what determines effectiveness?</i>		Dart, J., & Jackson, C. L	moderadamente mayor. Los ensayos futuros de modelos integrados de atención podrían considerar incorporar los elementos de diseño identificados en esta revisión, lo que puede mejorar su efectividad.
Beliefs and Experiences Can Influence Patient Participation in Handover Between Primary and Secondary Care--A Qualitative Study of Patient Perspectives	BMJ quality & safety. 2012	Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P., & Olsson, M.	Los pacientes participan activamente en los trasposos cuando sienten la necesidad de participar para asegurar la continuidad de la atención, y son menos activos cuando perciben que su contribución es innecesaria o no se valora.
<i>Problems in Continuity of Medication Management Upon Transition Between Primary and Secondary Care: Patients' and Professionals' Experiences</i>	Acta Clínica Bélgica. 2019	Foulon, V., Wuyts, J., Desplenter, F., Spinewine, A., Lacour, V., Paulus, D., & De Lepeleire, J.	Los profesionales de la salud y los pacientes experimentan muchos problemas en el manejo de la medicación en la transición entre los distintos entornos de atención. El hecho de que esos problemas se produzcan en diferentes etapas y persistan a lo largo del tiempo subraya la necesidad de soluciones en múltiples niveles.
<i>Coordination Between Primary and Secondary Care: The Role of Electronic Messages and Economic Incentives</i>	BMC Health Services Research. 2017	La Rocca, A., Hoholm, T.	Se considera que la comunicación basada en las TIC(Técnicas de Información y Comunicación) facilita el intercambio de información entre la atención primaria y secundaria, lo que afecta positivamente a la coordinación. Sin embargo, el plan de incentivos económicos parece tener el efecto contrario, al crear tensiones entre las dos organizaciones y acentuar la asimetría de poder en favor de la atención secundaria.

<i>Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions</i>	Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017	Smith, S. M., Cousins, G., Clyne, B., Allwright, S., & O'Dowd, T.	Esta revisión sugiere que la atención compartida mejora los resultados de la depresión y probablemente tiene efectos mixtos o limitados en otros resultados. Las deficiencias metodológicas, en particular la duración inadecuada del seguimiento, pueden explicar en parte estos efectos limitados. Los hallazgos de la revisión apoyan la creciente base de pruebas para la atención compartida en el tratamiento de la depresión, en particular los modelos de atención escalonada de la atención compartida. Las intervenciones de atención compartida para otras afecciones deben desarrollarse en el marco de la investigación, teniendo en cuenta la complejidad de esas intervenciones y la conciencia de la necesidad de realizar estudios más largos para comprobar la eficacia y la sostenibilidad a lo largo del tiempo.
<i>Communication between primary and secondary care.</i>	British journal of hospital medicine. 2017	Pannell, L. M., & Tyrrell-Price, J	En este estudio se identifican las esferas en las que pueden mejorarse los actuales métodos de comunicación entre la atención primaria y secundaria. El contacto telefónico directo siempre tendrá un papel importante en el intercambio de información. Sin embargo, el acceso de los médicos de atención secundaria a las historias clínicas electrónicas de los pacientes, con el consentimiento de éstos y teniendo en cuenta la confidencialidad, mejoraría la eficiencia y aliviaría las presiones de tiempo de los ocupados médicos de atención primaria y secundaria. Esto tendría un efecto positivo en la atención y la seguridad del paciente.

<p><i>El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria</i></p>	<p>Revista Española de Comunicación en Salud.</p> <p>2014</p>	<p>Correa Casado, M.</p>	<p>Las referencias bibliográficas consultadas arrojaron una opinión muy general aunque positiva, de la utilidad de los informes de continuidad de cuidados que se emiten desde el hospital. Es de destacar que no existía una evaluación detallada, de qué aspectos del informe son los que hacían que éste fuese un medio útil para garantizar la continuidad asistencial.</p> <p>Se hace evidente la necesidad de establecer canales activos de comunicación con el personal de enfermería de atención primaria, para obtener una retroalimentación sobre la utilidad y aspectos de mejora de los informes realizados.</p>
--	---	--------------------------	--